

Programa de asistencia de renta y servicios públicos de la ley CARES

¿Soy elegible para recibir esta asistencia?

¿Vive dentro de los límites de la ciudad de Beaumont? Sí o No; en caso **afirmativo**, continúe con la siguiente pregunta.

¿Estuvo empleado antes del 1 marzo 2020? Sí o No; en caso **afirmativo**, continúe con la siguiente pregunta.

¿Perdió su trabajo como resultado de la pandemia? Sí o No; en caso **afirmativo**, continúe con la siguiente pregunta.

¿Está buscando ayuda con alquiler o servicios públicos o ambos? Haga un círculo alrededor de su elección y continúe con la siguiente pregunta.

¿Vive en una vivienda con alquiler subsidiado con fondos federales? (Cupón de Selección de Vivienda (Sección 8), Cupón de Unificación Familiar, Viviendas de Apoyo de veteranos (VASH), cupón general, Sección 8 basado en proyectos, asistencia de renta basada en proyectos o cupones de viviendas públicas, etc.)

Si contestó de forma afirmativa a la pregunta anterior sobre viviendas subsidiada, entonces no es elegible para solicitar asistencia.

Si contestó de forma negativa a la pregunta anterior, continúe.

¿La suma de sus ingresos familiares excede el porcentaje de 80% del ingreso promedio del área de Beaumont? ciudad de Beaumont para

HUD establece el límite para ingresos bajos en 80% y el límite para ingresos muy bajos en 50% del ingreso promedio del área metropolitana del condado en el que escoja vivir

Si sus ingresos exceden el ochenta por ciento (80%) de la media para este 2020. ¿Límites de sus Ingresos para el área de Beaumont? Revise sus ingresos en el recuadro de abajo. Sus los ingresos de su hogar están representados aquí y van de acuerdo con el número de residentes en su casa, usted puede solicitar la ayuda.

2020 HUD Income Limits

	1 PERSONA	2 PERSONAS	3 PERSONAS	4 PERSONAS	5 PERSONAS	6 PERSONAS	7 PERSONAS	8 PERSONAS
30% del promedio	\$14,200	\$16,200	\$18,250	\$20,250	\$21,900	\$23,500	\$25,150	\$26,750
50% del promedio	\$23,650	\$27,000	\$30,400	\$33,750	\$36,450	\$39,150	\$41,850	\$44,550
60% del promedio	\$28,380	\$32,400	\$36,480	\$40,500	\$43,740	\$46,980	\$50,220	\$53,460
80% del promedio	\$37,800	\$43,200	\$48,600	\$54,000	\$58,350	\$62,650	\$67,000	\$71,300

Efectivo el 7/1/2020; Los límites de ingresos son publicados anualmente por el Departamento de Vivienda y Desarrollo Urbano de E.E.U.U.

No se garantiza que todos los que apliquen recibirán ayuda.

INFORMACIÓN QUE DEBE SABER ANTES DE APLICAR:

No se puede utilizar los fondos federales para pagar una propiedad que se encuentre en la llanura inundable. Esto será verificado por nuestro personal al comienzo de este proceso.

Si se aprueba la ayuda, puede recibir hasta tres (3) meses de asistencia. El monto máximo que se otorgará a un solicitante por sus facturas será de \$3,000.00.

Sus pagos de alquiler y servicios públicos deben haber estado al día antes del 1 de marzo 2020. Si es necesario, se pagará por los meses de abril, mayo, y junio del 2020. **Si recibe asistencia, no podrá recibir asistencia adicional al menos que HUD reciba fondos adicionales en el futuro.**

Debe proporcionar **todos** los documentos requeridos cuando llene la solicitud (se adjunta una lista de los documentos requeridos). **No se aceptará solicitudes incompletas o que falten documentos.**

En cuanto tenga todos los documentos requeridos y una solicitud completa, llame a Some Other Place/Henry's Place al (409) 832-7976 o Habitat for Humanity (Hábitat para la Humanidad) al (409) 832-5853 para hacer cita de entrevista.

Some Other Place/Henry's Place o Habitat for Humanity (Hábitat para la Humanidad) le enviarán una solicitud de verificación de alquiler al propietario para la cantidad que se debe. El propietario debe firmar y devolver esta solicitud a la agencia que solicita la información. La mensualidad que figura en el contrato de arrendamiento (firmado y fechado) debe coincidir con la mensualidad que figura en la solicitud que entrega el propietario. El único instante en que pueda haber diferencia en estas cantidades sería si se haya cobrado recargos por pagos de alquiler atrasados. Estos recargos se deben explicar claramente en la solicitud.

Se procesarán los pagos después de recibir la verificación del propietario, su solicitud aprobada, y la revisión ambiental completa.

Todos los pagos de alquiler se harán al propietario y los pagos de los servicios públicos se harán a las compañías. **El solicitante no recibirá ningún fondo directo de acuerdo con las pautas de HUD para este programa.**

Este formulario debe adjuntarse a su solicitud para fines de verificación.

Si está de acuerdo con todo lo que se ha indicado, por favor firme y anote la fecha de firmar. Si no envía información verdadera y precisa, nos obligará rechazar su solicitud.

Firma del solicitante

Fecha

Departamento de Desarrollo Comunitario y Servicios de Vivienda

COVID-19 DOCUMENTOS REQUERIDOS PARA ASISTENCIA

Documentos requeridos con la solicitud de asistencia

1. **Identificación para todos los adultos en el hogar**

Se acepta:

- Tarjeta de identificación emitida por el estado; o
- Tarjeta de seguro social; o
- Declaración de impuestos con todos los miembros del hogar enumerados

2. **Prueba de dificultad**

Se acepta:

- Carta de desempleo; o
- Carta de desempleo temporario; o
- Comprobante de pago que indique la disminución de horas o pago; o
- Declaración personal de dificultades

3. **Prueba de ingreso**

Se acepta:

- Comprobante de pago; o
- Carta de beneficios de SNAP; o
- Historial de pagos del empleador
- Formulario de autodeclaración para todos los miembros adultos del hogar si no informa ingresos

4. **Prueba de tamaño del hogar**

Se acepta:

- Declaración de impuestos con todos los miembros del hogar enumerados; o
- Carta de adjudicación de SSI; o
- Declaración de beneficios de SNAP; o
- Declaración de Medicaid; o
- Acta de nacimiento para todos los miembros del hogar; o
- Tarjetas de seguro social para todos los miembros del hogar

5. **Prueba de alquiler**

- Copia del contrato de arrendamiento actual firmada y con fecha

6. **Otros documentos necesarios**

Copia del contrato de arrendamiento actual (firmado y fechado por el propietario y el inquilino)

Copia de facturas de servicios públicos

*** Si tiene alguno de los siguientes documentos, inclúyalos con su solicitud:

- Notificación de desalojo
- Desalojo judicial



SOLICITUD DE ASISTENCIA DE ALQUILER Y SERVICIOS PÚBLICOS

ASISTENCIA SOLICITADA: Alquiler _____ Servicios públicos _____ Ambos _____

(1) NOMBRE DEL SOLICITANTE: _____

(2) NOMBRE DEL CO-SOLICITANTE: _____

FECHA DE NACIMIENTO (1): _____

FECHA DE NACIMIENTO (2): _____

DIRECCIÓN: _____

TELÉFONO (1): _____

CORREO ELECTRÓNICO: _____

TELÉFONO (1): _____

CORREO ELECTRÓNICO: _____

ANOTE TODOS LOS MIEMBROS ADICIONALES DEL HOGAR A CONTINUACIÓN:

NOMBRE	FECHA DE NACIMIENTO	RELACIÓN	RAZA	Hispano Latino Sí o No	INGRESOS Sí o No	FUENTE DE INGRESOS

Elige el más apropiado para "Raza"
(Nativo americano/Nativo de Alaska; Asiático; Nativo de Hawái / otra isla del Pacífico; Negro/Afroamericano; Blanco)

EMPLEO:

EMPLEADOR DEL SOLICITANTE (ACTUAL)

NOMBRE: _____ TELÉFONO: _____

DIRECCIÓN: _____

AÑOS EMPLEADOS: _____ POSICIÓN: _____

NOMBRE DE SUPERVISOR: _____

Indique cuál de las siguientes afirmaciones se aplica al solicitante:

___ He sufrido una reducción de sueldo como resultado del virus COVID19
Explique: _____

___ He tenido una reducción en las horas de trabajo como resultado del virus COVID19
Explique: _____

___ He sido suspendido como resultado del virus COVID19
Explique: _____

___ He sido despedido como resultado del virus COVID19
Explique: _____

___ He tenido una reducción en las horas de trabajo como resultado del virus COVID19
Explique: _____

___ He sido despedido de mi trabajo como resultado del virus COVID19
Explique: _____

EMPLEO:

EMPLEADOR DE CO-SOLICITANTE (ACTUAL)

NOMBRE: _____ TELÉFONO: _____

DIRECCIÓN: _____

AÑOS EMPLEADOS: _____ POSICIÓN: _____

NOMBRE DE SUPERVISOR: _____

Indique cuál de las siguientes afirmaciones se aplica al solicitante:

___ He sufrido una reducción de sueldo como resultado del virus COVID19
Explique: _____

___ He tenido una reducción en las horas de trabajo como resultado del virus COVID19
Explique: _____

___ He sido suspendido como resultado del virus COVID19
Explique: _____

___ He sido despedido como resultado del virus COVID19
Explique: _____

___ He tenido una reducción en las horas de trabajo como resultado del virus COVID19
Explique: _____

___ He sido despedido de mi trabajo como resultado del virus COVID19
Explique: _____

INFORMACIÓN DE INGRESOS DEL HOGAR:

Indique una cantidad y si la paga semanal (2), quincenal (BW), quincenal (BM), mensual (M) o anual (A).

FUENTE	\$ CANTIDAD	SOLICITANTE	CO-SOLICITANTE	OTROS MIEMBROS MAYORES DE 18
Salario bruto (antes de deducciones)				
Horas extras, propinas, bonos, etc.				
Discapacidad				
Pensiones, beneficios de veteranos, etc.				
Desempleo / Compensación de Trabajadores				
Pensión alimenticia, manutención infantil				
Pagos de bienestar (TANF, ayuda a familias con hijos dependientes, etc.)				
Otro				
SUMA				

¿Está usted o el co-solicitante en una lista de espera para recibir ayuda de otra agencia? Sí No

Si ha respondido que sí, indique la agencia y describa la asistencia solicitada:

Advertencia: No proporcionar toda la documentación requerida retrasará la asistencia y puede resultar en la denegación de asistencia

Por la presente, certifico/certificamos que toda la información proporcionada en la presente es verídica y correcta.

Consiento/consentimos de la divulgación de dicha información con el propósito de verificar ingresos relacionados con mi / nuestra solicitud de asistencia financiera.

Entiendo/entendemos que el brindar declaraciones o información falsa es causal de terminación de la asistencia de vivienda y sancionable bajo la ley federal.

Entiendo/entendemos que la información anterior se recolecta para determinar si yo/nosotros soy/somos elegible/s para recibir asistencia y de ninguna manera asegura calificación.

Acepto/aceptamos proporcionar cualquier otra documentación necesaria para verificar mi / nuestra elegibilidad.

Soy/somos conscientes de que toda la información no exenta está sujeta a la Ley de Registros Públicos de Texas.

Firma del solicitante

Fecha

Firma del co-solicitante

Fecha

CERTIFICACIÓN

Es nuestra política verificar toda la información contenida en esta solicitud. En reconocimiento de esta política, firme su nombre (s) donde se indique.

Por la presente, certifico/certificamos lo siguiente:

Que toda la información proporcionada en la presente es verídica y correcta.

Entiendo/entendemos que el brindar declaraciones o información falsa es causal de terminación del programa de asistencia de vivienda de la Ciudad de Beaumont y sancionable bajo la ley.

Consentimiento para divulgar información: Autorizo/autorizamos a representantes de cualquiera de los Programas de Asistencia de Alquiler de la Ciudad de Beaumont que he/hemos solicitado, mi(s)/nuestro(s) empleador(es) y mi(s)/nuestra(s) institución (es) financiera(s), para verificar la información contenida en esta solicitud. Esta información incluye, pero no se limita a la situación laboral, los ingresos y otra información financiera. También autorizo/autorizamos a representantes de cualquiera de los programas de asistencia de alquiler de la Ciudad de Beaumont permitir la inspección y reproducción de cualquier registro financiero o información en su poder. Entiendo/entendemos que la información en esta solicitud puede compartirse con cualquiera de nuestras fuentes de financiamiento con el propósito de cumplir con el financiamiento.

Exonero/exoneramos a todos los representantes de cualquiera de los Programas de Asistencia de Alquiler de la Ciudad de Beaumont de cualquier responsabilidad derivada de la divulgación de dicha información. Esta autorización se limita únicamente a la información solicitada para el procesamiento de mi solicitud para el programa TBRA..

Entiendo que completar esta solicitud no garantiza que mi / nuestra elegibilidad para el programa sea otorgada para asistencia.

Firma del solicitante / Fecha

Firma del co-solicitante / Fecha

Planificación y desarrollo comunitario
Subvención de desarrollo comunitario en bloque (CDBG-CV)

AUTO CERTIFICACIÓN DE INGRESOS ANUALES POR BENEFICIARIO

INSTRUCCIONES: esta es una declaración escrita del beneficiario que documenta la definición utilizada para determinar el "Ingreso anual (bruto)", el número de miembros beneficiarios en la familia o el hogar (según corresponda según la actividad) y las características relevantes de cada miembro para los propósitos de determinación de ingresos. Para completar esta declaración, seleccione la definición de ingresos utilizada, complete los campos en blanco a continuación y marque solo las casillas que se aplican a cada miembro. Los miembros beneficiarios adultos deben firmar esta declaración para certificar que la información es completa y precisa, y que la documentación fuente se proporcionará a pedido.

Definición de Ingresos

<input type="radio"/> HUD 24 CFR Parte 5	<input type="radio"/> Formulario 1040 del IRS	<input type="radio"/> Encuesta de la comunidad americana
--	---	--

Información de beneficiario

Apellido:	identificación de beneficiario (si corresponde):
-----------	--

Información de miembro

Nombres:	Identificaciones (se corresponde)	HH	CH	DIS	62+	S≥18	<18	<15
	1							
	2							
	3							
	4							
	5							
	6							

HH = Jefe de Familia; CH = Co-Jefe de Familia; DIS = Persona discapacidad; 62+ = Persona de 62 años de edad o mayor; S≥18 = Estudiante de tiempo completo de 18 años o mayor; <18 = Niño menor de 18 años; <15 = Niño menor de 15 años

Información del contacto

Dirección Línea 1:	Ciudad:
Dirección Línea 2:	Estado: Código Postal:

Información de sus ingresos

Ingreso bruto anual (suma de todos los miembros del hogar) = \$ _____

Certificación

Yo (nosotros) certifico (certificamos) que la información anterior es verídica y correcta. Yo (nosotros) acepto (aceptamos) proporcionar documentación sobre todas las fuentes de ingresos al administrador del programa HUD si me (nos) lo pide.

FIRMAR EN LA SEGUNDA PÁGINA

PLANIFICACIÓN Y DESARROLLO COMUNITARIO
Subvención en Bloque para el Desarrollo Comunitario Coronavirus (CDBG-CV)

AUTOCERTIFICACIÓN DE INGRESOS ANUALES POR BENEFICIARIO

Impreso el (mes/día/año):

Fecha de Vigencia:

Identificación del beneficiario:

JEFE DE HOGAR		
Firma	Nombre (en letra de imprenta)	Fecha

OTHER BENEFICIARY ADULTS*		
Firma	Nombre (en letra de imprenta)	Fecha
Firma	Nombre (en letra de imprenta)	Fecha
Firma	Nombre (en letra de imprenta)	Fecha
Firma	Nombre (en letra de imprenta)	Fecha
Firma	Nombre (en letra de imprenta)	Fecha
Firma	Nombre (en letra de imprenta)	Fecha
Firma	Nombre (en letra de imprenta)	Fecha
Firma	Nombre (en letra de imprenta)	Fecha

* Adjunte otra copia de esta página si necesita líneas de firmas adicionales.

ADVERTENCIA: Toda la información proporcionada en esta solicitud se puede verificar a cualquier momento por parte del Departamento de Viviendas y Desarrollo Urbano (HUD). El brindar declaraciones o información falsa es causal de terminación de la asistencia de vivienda y sancionable bajo la ley federal. Cualquier persona que hace declaraciones o reclamaciones falsas a sabiendas podría quedar sujeto a penas civiles o criminales bajo 18 U.S.C. 287, 1001 y 31 U.S.C. 3729. La Sección 1001 del Título 18 del Código de los EE. UU. declara que una persona es culpable de delito grave por hacer declaraciones falsas a sabiendas y con conocimiento de causa a cualquier departamento del Gobierno de los Estados Unidos.

FORMULARIO DE VERIFICACIÓN DE ALQUILER
Divulgación de información del propietario

Nombre de solicitante: _____

Dirección de inquilino: _____

Por la presente, yo, el solicitante mencionado arriba, doy permiso a _____ (Some Other Place/Henry's Place o Habitat for Humanity) a comunicarse con mi propietario actual o el administrador de la propiedad con el fin de discutir todos y cada uno de los hechos y circunstancias de mi arrendamiento actual, así como la otra información que figura en mi solicitud sin restricciones con respecto a lo que se les puede discutir o revelar. Proporcione la información solicitada a continuación lo antes posible.

Firma de solicitante

Fecha

La siguiente información servirá como verificación de alquiler.

INFORMACIÓN DEL PROPIETARIO:

Nombre de la propiedad (nombre de los apartamentos)

Dirección

Nombre del propietario (en letra de imprenta)

Teléfono

Número de fax

Firma del propietario

Número de Identificación
federal o de SSI

Fecha verificada

Correo electrónico del propietario

Información de alquiler del solicitante:

\$ _____
Mensualidad según lo establecido en el contrato de arrendamiento

\$ _____
Cantidad que se debe

\$ _____
Cantidad de recargos incluidos

¿Están incluidos algunos de estos servicios públicos en el alquiler?

Electricidad \$ _____

Agua \$ _____

Gas \$ _____

Como propietario o gerente, certifico que toda la información proporcionada en este formulario es verídica y correcta este y se utilizará como documentación para proporcionar el pago del alquiler de este solicitante.

*** DEVUELVA ESTE FORMULARIO COMPLETADO CON UN FORMULARIO W-9 PARA QUE SE PUEDA HACER EL PAGO ***